ITEM 196 : POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

Polyarthrite rhumatoïde (PR) = maladie multifactorielle, de cause inconnue, impliquant des facteurs génétiques et des facteurs environnementaux : réponse immunitaire excessive, avec production d'autoanticorps ainsi que par une réaction inflammatoire articulaire (synovite) et systémique.
- Plus fréquent des rhumatismes inflammatoires chroniques, prévalence = **0,3 à 0,8 %.**
- Âge moyen de début = **50 ans** (juvénile < 16 ans, tardive > 65 ans), prédominance féminine (↘ avec l'âge).
- FdR : atcds familiaux, facteurs génétiques, tabac, influencée par les hormones sexuelles (prédominance féminine, ↘ pendant grossesse), exposition à la poussière de silice.

PHYSIOPATHOLOGIE

- Synovite inflammatoire = lésion élémentaire, responsable de la destruction articulaire.

Phase d'initiation	= Réponse inflammatoire à un stimulus non spécifique (inconnu) ➝ accumulation locale de monocytes-macrophages ➝ production de **cytokines pro-inflammatoires** (IL1, TNFα, IL6).
Phase de recrutement et inflammation	= Recrutement non spécifiques de **LT** et **polynucléaires ➝ inflammation locale ➝ destruction tissulaire.** - Déséquilibre entre cytokines pro- et anti-inflammatoire (IL4-10-13, récepteur soluble au TNFα, IL1-RA). - Production de **cytokines** favorisant l'angiogenèse et la prolifération : TGFβ, VEGF, PDGF, FGF-1 et 2. - Rôle des **LB** (activés par les LT CD4+) : production **d'Ig polyclonales (dont ACPA)** et du **facteur rhumatoïde** (FR). - Rôle des **PNN** : infiltration des PNN dans la synoviale ➝ production de médiateurs de l'inflammation. **- Pannus** = **tissu synovial inflammatoire et prolifératif** : recouvre le cartilage articulaire et produit des enzymes responsables de la destruction du cartilage et de l'os.
Réparation	= Formation de **fibrose articulaire** parallèle à la phase de destruction (mais sans la compenser).

PR DÉBUTANTE

➝Le diagnostic de PR doit être le plus précoce possible (bénéfice thérapeutique).

C

- **Arthrite** ou **synovite** : gonflement articulaire lié à un épaississement synovial ou à un épanchement articulaire.

Polyarthrite bilatérale symétrique et nue

= **70 % à 80 %** des PR débutantes **: bilatérale**, **symétrique** et **nue** (sans signe extra-articulaire ou systémique).
- Localisation : **poignet**, **MCP** (2 et 3e ++) et **IPP** surtout, **MTP, genou, épaule, cheville, hanche.**
- **Douleur de rythme inflammatoire** : réveil nocturne, dérouillage matinal > 30 min.
- **Synovite** = gonflement articulaire rénitent, parfois tendu : aspect de « fuseau » au doigt, tuméfaction au poignet (syndrome du canal carpien possible), parfois **ténosynovite de l'extenseur ulnaire du carpe.**
- **Douleur à la compression latérale des MTP ou des MCP** = ***squeeze test.***
➝ Orienter le patient en rhumatologie si : ≥ 3 articulations gonflées, douleur à la compression latérale des MTP ou MCP ou raideur matinale > 30 minutes.

Autres formes de PR débutante

- Polyarthrite aiguë fébrile dans 10 à 15 % des cas : **AEG**, **fièvre** > 38,5 °C.
- Autres (10 %) :
  - **Atteinte rhizomélique** (ceinture scapulaire et bassin), notamment > 65 ans, évoquant une PPR.
  - **Mono-arthrite du poignet** ou **du genou**, ou **ténosynovite isolée.**
  - **Rhumatisme intermittent (= forme palindromique)** avec poussée mono ou oligo-articulaire, très inflammatoire, spontanément régressif en 2-3 jours, sans séquelle.
  - **Forme arthralgique** sans gonflement articulaire.

PC

- Radiographies bilatérales des mains et poignets de face, **pieds** de face + ¾, et **des articulations douloureuses** face et profil : recherche **d'érosions** caractéristiques ou pincement des interlignes (exceptionnelle au début, de mauvais pronostics) ; radio **thorax.**
NB : Utile de répéter les radios tous les 6 mois la première année puis tous les ans pdt 3 ans en début de maladie.
- **Échographie** : Épaississement synovial, épanchement articulaire, hyperhémie synoviale au Doppler, présence d'érosions actives (signal Doppler au sein de l'érosion), suivi évolutif des synovites.
- IRM : quantification de la réaction inflammatoire synoviale, tendineuse et osseuse (œdème osseux).

Bio

- Syndrome inflammatoire biologique : ↗ VS/CRP, hyperleucocytose, thrombocytose, anémie inflammatoire.
- Ponction articulaire à visée antalgique et d'orientation diagnostique : liquide inflammatoire non spécifique, hypercellulaire, à majorité de PNN (parfois lymphocytaire).

Facteur rhumatoïde

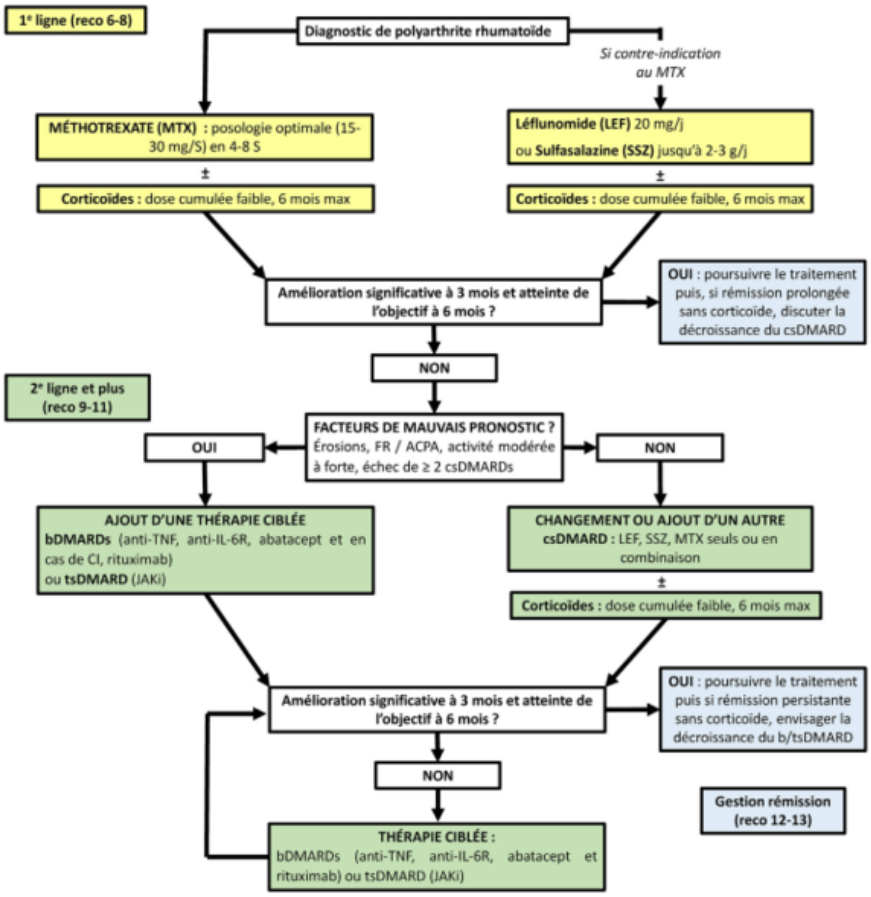
= **Immunoglobuline anti-IgG humaine ou animale**, de type **IgM** le plus souvent.
- Détection par **néphélométrie laser** (IgM) ou **ELISA** (IgG et IgM, sensible), anciennement par **réaction de Waaler-Rose** ou **test au latex (**IgM).
- Positif dans **60 à 80 %** des PR.
➝ Le FR n'est ni indispensable ni suffisant pour le diagnostic (Sp = 75 %, Sp = 70 %), retrouvé possiblement chez des sujets sains ou plus fréquemment en cas d'autres affections rhumatologiques (cryoglobuline, Gougerot-Sjögren, lupus).

		Ac anti-peptide citrulliné (Anti-CCP)	= **ACPA** : assez bonne sensi et très spécifique, utile au diagnostic précoce ➞ positif dans **60 à 75 %** des cas et spécificité = 90-**95 %.** - De mauvais pronostic : prédictif d'une PR persistante et érosive. - Inutile de redoser si positivité initiale. - Recherche par test ELISA. - Reste non totalement spécifique (possible dans rhum pso, Gougerot, lupus, sclérodermie) et leur absence **n'élimine pas le dg.**
		Ac anti-nucléaires	- **Ac anti-SSA**, parfois **anti-SSB** : retrouvé dans **15 à 30 %** des PR, à titre généralement faible, évocateurs de Gougerot-Sjögren secondaire associé à la PR. - **Ac anti-ADN natif** : non retrouvé dans la PR ➞ évocateur de lupus érythémateux disséminé.
SCORE DIAGNOSTIQUE	**Score EULAR/ACR**	➞ Diagnostic de PR si ≥ 1 articulation gonflée + **érosion radiographique** ou **score EULAR/ACR ≥ 6/10.** *NB : score EULAR/ACR semble être rang C dans le texte dans le collège de rhumato, mais la figure est toujours noir (rang A)*	
		Atteinte articulaire	- 1 grosse articulation +0 - 2 à 10 grosses articulations +1 - 1 à 3 petites articulations +2 - 4 à 10 petites articulations +3 - > 10 articulations dont 1 petite +5
		Sérologie	- **FR-** et **anti-CCP-** +0 - **FR** ou **anti-CCP = 1-3N** +2 - **FR** ou **anti-CCP > 3N** +3
		Durée des symptômes	- **< 6 semaines** +0 - **≥ 6 semaines** +1
		Syndrome inflammatoire	- **VS/CRP** normales +0 - **VS/CRP ↗** +1
DD		Polyarthrite infectieuse	- **Virale** = **parvovirus B19, rubéole, oreillons, rougeole, VHB, VHC, VIH** : arthralgie, guérison rapide. - **Endocardite infectieuse** : terrain à risque, souffle cardiaque. - **Polyarthrite gonococcique** : facteur de risque d'IST, urétrite, pustulose. - **Syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter** : facteur de risque d'IST, urétrite, conjonctivite aiguë, pustulose. - **Rhumatisme post-streptococcique.** - **Maladie de Lyme** : polyarthrite atypique persistante, atteinte cardiaque (BAV…), érythème migrant. - **Maladie de Whipple** : polyarthrite atypique persistante, diarrhée.
		Polyarthrite micro-cristalline	- **Chondrocalcinose** (surtout > 60 ans) : possible polyarthrite chronique, Rx = liseré de chondrocalcinose articulaire, ponction articulaire = microcristaux. - **Goutte** (surtout vue tardivement ou traitée par corticothérapie) : possible polyarthrite chronique, tophus goutteux, hyperuricémie chronique, ponction articulaire = microcristaux.
		Rhumatisme inflammatoire chronique	- **Spondylarthropathie** : atteinte des grosses articulations des membres, caractère asymétrique, atteinte des IPD, atteinte en rayon (MCP, IPP et IPD d'un même doigt, avec aspect « en saucisse), signes axiaux (lombalgie inflammatoire ou fessalgie, sacro-iliite radiologique), manifestations extra-articulaires (diarrhée, psoriasis, uvéite…), contexte familial. - **Sarcoïdose** : érythème noueux, signes respiratoires, ADP médiastinale, uvéite… - **Vascularites** : signes cutanés, atteinte rénale, pulmonaire, ORL, sclérite… - **Syndrome de Gougerot** : arthralgies migratrices, synovites, sans érosion, FR+/anti-CCP-, syndrome sec. - **Lupus érythémateux disséminé** ++ : à évoquer surtout chez la femme jeune, en cas d'arthralgies migratrices, signes cutanés (verspertilio, lupus discoïde…), sérite, atteinte rénale… - **Maladie de Behçet** : aphtose bipolaire, pustulose, érythème noueux, uvéite…
MANIFESTATIONS DE PR ÉVOLUÉE			- Généralement : **aggravation** et **extension par poussées évolutives.** - Maladie hétérogène : . **Formes sévères d'emblée** (10-20 %) : destruction articulaire rapide. . **Polyarthrite bénigne** : peu/pas de gêne fonctionnelle, ø lésion radiographique ni déformation.
	C	Main	= Atteinte la plus caractéristique, souvent inaugurale : - **Déviation ulnaire des doigts** en « coup de vent ». - **Déformation en « col de cygne »,** « **boutonnière** » (flessum irréductible), « **maillet** » ou « **marteau** ». - **Atteinte du pouce** (fréquente et invalidante) : **pouce en « Z »** par arthrite de la MCP.
		Poignet	- Atteinte précoce de **l'articulation radio-ulnaire inférieure** à l'origine de la **Luxation de la styloïde** ulnaire (aspect en « touche de piano »). - **Arthrite radio-carpienne** (aggravant le « coup de vent »). - **Arthrite médio carpienne** évoluant vers une carpite fusionnante.
		Pied	- Très invalidantes : risque **d'hyperkératose**, **durillon, bursite** ou ulcérations cutanées. - **Atteinte des MTP** : **avant-pied triangulaire** puis **rond**, avec **luxation dorsale des MTP.** - **Pied plat *valgus,* orteils en griffe.**
		Rachis cervical	- **Atteinte érosive de la charnière cervico-occipitale** avec arthrite occipito-atloïdienne et atloïdo-axoïdienne (diastasis C1, C2), rupture du ligament transverse de l'atlas provoquant une subluxation atloïdo-axoïdienne et risque de compression médullaire cervicale haute, surtout en cas de lésion instable. ➞ Toute manifestation douloureuse cervicale ou atypique au niveau des membres supérieurs doit faire pratiquer une **Rx du rachis cervical de face bouche ouverte** et **de profil avec clichés dynamiques**, **TDM** pour les lésions osseuses ou **IRM** pour rechercher une compression médullaire.

		Autres	- **Atteinte des épaules** : arthrite scapulo-humérale et bursite sous-acromio-deltoïdienne. - **Atteinte des coudes** : aboutissant rapidement à une attitude vicieuse en flessum. - **Atteinte des genoux** : genu valgum, flessum, kyste poplité. - **Coxite rhumatoïde** : retentissement fonctionnel important ➙ attitude vicieuse en flessum. - **Ténosynovite** (main++) : favorise les déformations, risque de rupture tendineuse. ➙ **Toutes les articulations synoviales peuvent être touchées** (**temporo-mandibulaire**…) ➙ **Les articulations du rachis dorsal et lombaire et sacro-iliaque ne sont jamais touchées.**
PR ÉVOLUÉE	Rx		- Signes radiologiques le plus souvent > 6 mois-1 an : une Rx normale n'élimine pas le diagnostic au stade précoce. - Lésions initialement : aux **pieds** (tête du 5e métatarsien ++), **mains** (jusqu'à la **carpite fusionnante**) et **poignet.** ➙ L'association **érosion-géode** et **pincement articulaire** fait le pronostic de la PR (destruction articulaire).
		Signe élémentaire	- **Érosions péri-articulaires** au niveau des zones de réflexion de la synoviale. - **Géodes intra-osseuses** juxta-articulaires. - Secondairement : apparition d'un **pincement articulaire** (destruction cartilagineuse). - **Ostéoporose en bande épiphysaire** : augmentation de la transparence radiologique épiphysaire.
		Suivi	- **Rx mains, poignets, pieds + articulation douloureuse** : au diagnostic puis de façon régulière.
MANIFESTATIONS EXTRA-ARTICULAIRES	**AEG**		= **Fébricule, asthénie, amaigrissement** : surtout au moment des poussées.
	Nodule rhumatoïde		= **Nodosités sous-cutanées** : nodules fermes, mobiles et indolores, situé au niveau des crêtes ulnaires, des tendons extenseurs des doigts et des tendons d'Achille ou dans une bursite olécrânienne, localisations viscérales possibles (pleuropulmonaires ++). - Rare au début, évolution indépendante de l'activité de la PR. - Histologie : **nécrose fibrinoïde centrale**, entourée d'histiocytes en palissade et d'une couronne périphérique de cellules lympho-plasmocytaires. - **Nodulite rhumatoïde** : efflorescence de nodules rhumatoïdes au niveau des mains associée à de volumineuses géodes intra-épiphysaires des mains ou des pieds, parfois observé sous méthotrexate.
	ADP		= **ADP superficielles** : mobiles, généralement infra-centimétrique, retrouvées dans 20-30 % des cas.
	Vascularite rhumatoïde		= Rare (< 1 %), principalement dans les formes évoluées. - Lésions cutanées : **purpura vasculaire, nécroses digitales ou des orteils** (possible aspect de micro-infarctus), **ulcères profondes « à l'emporte-pièce »** d'apparition brutale, **livedo réticulaire.** - Histologie : **vascularite leucocytoclasique** ou **angéite nécrosante sans micro-anévrisme.** - **Neuropathie périphérique** : traduit une vascularite sévère ➙ traitement en urgence.
	Syndrome sec		= **Syndrome de Gougerot-Sjögren secondaire** dans 20-25 % des cas : **xérophtalmie, xérostomie.** - Diagnostic à la BGSA, parfois associé à des **signes neurologiques**, **pulmonaires** ou une **myosite.**
	Atteinte cardiaque		Atteinte possible des 3 tuniques : **. Péricardite** : généralement échographique, sans traduction clinique. **. Myocardite, endocardite, trouble du rythme ou de la conduction.** **Sur-risque de maladie coronarienne et d'AVC d'environ 50 %.**
	Atteinte rénale		➙ Apparition de signes rénaux : évoquer une **amylose AA** par inflammation chronique, une atteinte **iatrogène** prise d'AINS.
	Atteinte pulmonaire		- **Infection pleuro-pulmonaire** (bronchiolite et pneumonie) : immunodépression (maladie, TTT de fond, corticothérapie). - Autres : . **Pleurésie rhumatoïde.** . **Pneumopathie interstitielle diffuse.** . **Nodule rhumatoïde pulmonaire.** **. Syndrome de Caplan-Colinet : association PR et pneumoconiose.**
	Oculaire		- **Sclérite** et **épisclérite** : rare (1-5 %), de mauvais pronostic ➙ risque de **scléromalacie perforante.** - **Syndrome de Gougerot-Sjögren secondaire avec xérophtalmie.**
	Atteinte hématologique		- **Anémie** : fréquente, généralement corrélée à l'intensité du syndrome inflammatoire. - **Syndrome de Felty** (au cours d'une PR ancienne, érosive, nodulaire, fortement séropositive avec facteurs anti-nucléaires) : **splénomégalie isolée** et **leuconeutropénie** ➙ risque d'infection grave. - **Leucémie à grands lymphocytes granuleux** (= pseudo-syndrome de Felty) : prolifération médullaire et sanguine de LT monoclonaux associée à une **neutropénie**, une **splénomégalie**, une **thrombopénie**, une **hépatomégalie** et des **infections récidivantes**, de pronostic favorable. - Risque majoré de **lymphome malin non hodgkinien.**

<table>
<tr><td rowspan="1">PRONOSTIC</td><td colspan="4">- Rémissions cliniques : surtout au début de la maladie, dure de quelques mois à quelques années.
- Cause de mortalité : cardio-vasculaire ++, infectieuse, néoplasique (↗ fréquence des lymphomes malins non hodgkiniens), iatrogène, vascularite rhumatoïde, amylose AA, atteinte neurologique de l'atteinte C1-C2.
- Polyarthrite rhumatoïde sévère : indice de qualité de vie HAQ > 0,5, lésions structurales, manifestations systémiques.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">SURVEILLANCE</td><td colspan="2">Facteurs de mauvais pronostique</td><td colspan="2">- Existence d'atteinte extra-articulaire ou systémique.
- Apparition précoce d'érosions radiologiques.
- Syndrome inflammatoire élevé (CRP surtout).
- Positivité FR ou ACPA.
- DAS 28 > 3.2 de façon persistante.
- HAQ > 0.5 (handicap fonctionnel).
- Comorbidités CV, tumorales ou infectieuses.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Suivi clinique</td><td colspan="2">= Suivi rhumatologique régulier : 1/mois si PR débutante, tous les 6 mois à 1 an pour une PR contrôlée.
- Évaluation : éléments cliniques d'activité (nombre d'articulations douloureuses, asthénie), retentissement fonctionnel, tolérance/efficacité des TTT, recherche de manifestations extra-articulaires.
- Indice DAS 28 (Disease Activity Score) : score de suivi, selon le nombre d'articulations douloureuses (sur 28), le nombre d'articulations gonflées (sur 28), l'appréciation globale du malade et la VS/CRP.
→ PR en rémission : DAS < 2,6 = objectif thérapeutique ++.
→ PR en faible niveau d'activité : 2,6 < DAS 28 < 3,2.
→ PR modérément active : 3,2 < DAS 28 < 5,1.
→ PR très active : DAS 28 > 5,1.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Suivi paraclinique</td><td colspan="2">- CRP, NFS, Bio hépatique et rénale (AINS ++), glycémie à jeun (ctc ++) régulières.
- Rx des mains, poignets et pieds : 2 fois la 1re année, 1 fois/an pendant 3 ans puis tous les 2 à 4 ans.</td></tr>
<tr><td rowspan="5">TTT</td><td colspan="2">Objectifs</td><td colspan="2">- Atteinte de l'objectif de rémission (DAS28 < 2,6) ou à défaut, de faible niveau d'activité (DAS28 ≤ 3,2).
- Prévention des lésions structurales.
- Prévention du handicap fonctionnel.
- Préservation de la qualité de vie et des capacités socioprofessionnelles du patient.</td></tr>
<tr><td colspan="2">TTT des poussées</td><td colspan="2">- Repos uniquement lors des poussées inflammatoires.
- Antalgiques de palier I (paracétamol) ou II (codéine, tramadol), exceptionnellement de palier III.
- AINS (à éviter > 65 ans) : sous surveillance de la toxicité digestive et rénale.
- Corticothérapie (0,1 mg/kg/j, soit 5-10 mg/j) : en cas de PR active invalidante, insuffisamment soulagée par les AINS ou > 65 ans, en attente de l'effet du traitement de fond (3 à 6 mois) ou injection IV/IM en administration ponctuelle.</td></tr>
<tr><td rowspan="4">TTT de fond</td><td colspan="3">- But = ↘ la fréquence, la durée, l'intensité des poussées et l'activité du rhumatisme.
- Choix selon : sévérité potentielle, rapport bénéfice/risque, rapidité d'action, effet sur les signes radiologiques, comorbidités.
- Il est recommandé d'instaurer le + précocément possible un ttt de fond (chez patient avec dg confirmé par rhumatologue et avec polyarthrite persistante depuis > 6 semaines).</td></tr>
<tr><td rowspan="3">En 1re intention</td><td>Méthotrexate</td><td colspan="2">= Le ttt de fond de référence, en 1re intention (hors CI).
- 15 à 25 mg/semaine (0,3 mg/kg/semaine) : per os en 1re intention, SC en 2de intention (meilleure biodisponibilité et tolérance).
- Suivi d'une prise unique d'acide folique (5 à 10 mg/semaine) à 24/48 h.
- CI : IRC < 30 ml/min, IHC ou insuffisance respiratoire sévère, grossesse, allaitement.
- Bilan pré-MTX : sérologie VHB/VHC, NFS, bilan hépatique, créatininémie, β-hCG + RP.
➔ Quantiféron et sérologie VIH ne sont pas particulièrement recommandés.
- Surveillance (/2 semaines pendant 3 mois puis /2 mois) : NFS, créat, bilan hépatique.
NB : certains détails sont rang C dans le texte, mais encadré du collège laissé en noir (rang A).</td></tr>
<tr><td>EI</td><td>- Nausées, stomatite.
- Infections : zona, herpès, pneumocystose…
- Hépatite cytolytique (↗ transaminases > 2N) : arrêt provisoire, reprise à dose identique ou diminuée, discuter une biopsie hépatique si hépatite persistante.
- Cytopénie (toxique ou allergique).
- Pneumopathie d'hypersensibilité : rare, possiblement grave.
- Tératogène : contraception systématique, arrêt 3 mois avant procréation chez l'homme, suivi d'une contraception efficace pendant 1 mois chez la femme.</td></tr>
<tr><td>Léflunomide</td><td colspan="2">= Inhibiteur métabolique de la voie des bases pyrimidiques : 20 mg/j po.
- EI : diarrhée, dyspepsie, cytolyse hépatique, HTA, aphtes, céphalées, leucopénie, neuropathies périphériques.
- Surveillance : TA, NFS, bilan hépatique.</td></tr>
<tr><td>Sulfasalazine</td><td colspan="2">= Salazopyrine® 1-3 g/j po : si CI ou en en combinaison aux traitements de 1re intention.
- EI : cytopénie, éosinophilie, troubles digestifs, toxidermie, Ac antinucléaire.</td></tr>
</table>

En 2e intention	**Anti-TNFα**	= Indiqué en 2de intention si échec de traitement. ➜En **association avec le méthotrexate.** - **Infliximab** (Remicade®). - **Etanercept** (Enbrel®). - **Adalimumab** (Humira®). - **Certolizumab** (Cimzia®). - **Golimumab** (Simponi®). - CI : antécédent de cancer **< 5 ans**, infection active, SEP, insuffisance cardiaque sévère. - Bilan pré-anti-TNFα : **NFS, créat, bilan hépatique**, **Quantiféron**, **sérologie VIH**, **VHB, VHC, RP**, **ECBU**, **β-hCG** ± **TDM des sinus**, **panoramique dentaire** ± **AAN** (lupus induit).
	Autres biothérapies	- **Rituximab** (Mabthera®) = Ac anti-CD20. - **Abatacept** (Orencia®) = **Ac modifié CTLA4 + Ig**, inhibant la stimulation des LT via CD80-86. - **Tocilizumab** (RoActerma®) = **Ac anti-récepteur de l'IL6.** - **Sarilumab = anti-ILR6.** - **Tofacitinib** = **inhibiteur de JAK 1 et 3.** - **Baricitinib = inhibiteur JAK ½.**
Stratégie thérapeutique	1er palier	- **Méthotrexate** : début à dose de 10-15 mg, puis ↗ de posologie si inefficace. - Si contre-indiqué : **léflunomide** ou **sulfasalazine.** ➜ Évaluation **à 3-6 mois** : poursuite si efficace, 2e palier si non efficace.
	2e palier	- En l'absence de FdR de mauvais pronostic : essai d'un autre traitement de 1re intention (méthotrexate, léflunomide ou sulfasalazine) seule ou en association. - En cas de FdR de mauvais pronostic ou si échec d'une association à 6 mois : **biothérapie** par **anti-TNFα, abatacept, tocilizumab, anti-JAK.** ➜ Évaluation à 6 mois : poursuite si efficace, 3e palier si non efficace.
	3e palier	- **Changement de biothérapie.**
TTT locaux		**= Infiltration locale** : surtout si 1 ou 2 articulations actives et inflammatoires sous TTT de fond efficace. - **Infiltration cortisonique** : de préférence corticoïde retard. - **Synoviorthèse isotopique** : en cas d'échec d'infiltration cortisonique. - Prévenir/limiter les **déformations articulaires** et améliorer les **mobilités/stabilité/trophicité musculaire** via le renforcement des groupes musculaires des quatre membres et du tronc mobilisations articulaires actives et passives en secteur fonctionnel. - Maintenir ou améliorer la fonction de **préhension**, de **marche**, la **forme physique** générale. - **Mise au repos transitoire** des articulations atteintes en cas de poussée.
Kinésithérapie		- **Massage et physiothérapie** : à visée antalgique, application de chaleur sur une articulation détruite, mais non inflammatoire, application de froid lors des poussées congestives, prudence compte tenu de la douleur à la palpation et de la fragilité cutanée. - **Thermothérapie** : • Froid en poussée, avec mobilisation passive et orthèse de repos. • Chaud en-dehors, mobilisation active et passive, renforcement musculaire. - **Entretien des amplitudes articulaires** : mobilisation active et passive, le renforcement musculaire isométrique est mieux toléré. - **Travail fonctionnel (= économie articulaire)** : vise à améliorer l'efficience du geste tout en limitant les contraintes induites par les déformations de la maladie.
Chirurgie		- **Synovectomie ou ténosynovectomie arthroscopique** ou **chirurgicale** : en cas de synovite persistante sous TTT général et local. - **Prothèse** (généralement totale) **de hanche, genou** ou **épaule :** en cas de destruction articulaire majeure. - **Arthrodèse arthroscopique** ou **chirurgicale** si arthroplastie difficile (poignet, cheville, arrière-pied). - Règle : priorité aux mb inférieurs, planifier de l'extrémité vers la racine des mb inf et de la racine vers l'extrémité pour les mb sup, commencer par les interventions ayant le + de chance de succès…
Mesures associées		- **Mise à jour des vaccinations.** - **Sevrage tabagique.** - **Contrôle pondéral.** - **Prise en charge des facteurs de risque cardio-vasculaires.** - **Poursuite des activités physiques** (en dehors des poussées). - Lors de la **grossesse** : amélioration dans **60 %** des cas, reprise après l'accouchement. - **Orthèse d'ergothérapie** (limite la déformation articulaire, notamment des mains).
➜ Un traitement de fond précoce initié dans les 3 mois suivants le début de la maladie permet l'obtention d'une rémission chez **50 %** des patients, pour **10 %** de rémission en cas de traitement initié après 6 mois. ➜ Évolution par poussées entrecoupées d'accalmie, pronostic ftel selon individu, sévérité et qualité du ctrl pharmaco. ➜ Si **rémission persistante** sur période d'au moins 6 mois : envisager allègement progressif du ttt (arrêter ou diminuer < 5 mg/j le ttt par ctc avant toute modif du ttt de fond) = décroissance du bDMARD puis csDMARD si rémission persistante.		


1e ligne (reco 6-8)
Diagnostic de polyarthrite rhumatoïde
Si contre-indication au MTX
MÉTHOTREXATE (MTX) : posologie optimale (15-30 mg/S) en 4-8 S
±
Corticoïdes : dose cumulée faible, 6 mois max
Léflunomide (LEF) 20 mg/j
ou Sulfasalazine (SSZ) jusqu'à 2-3 g/j
±
Corticoïdes : dose cumulée faible, 6 mois max
Amélioration significative à 3 mois et atteinte de l'objectif à 6 mois ?
OUI : poursuivre le traitement puis, si rémission prolongée sans corticoïde, discuter la décroissance du csDMARD
NON
2e ligne et plus (reco 9-11)
FACTEURS DE MAUVAIS PRONOSTIC ?
Érosions, FR / ACPA, activité modérée à forte, échec de ≥ 2 csDMARDs
OUI
NON
AJOUT D'UNE THÉRAPIE CIBLÉE
bDMARDs (anti-TNF, anti-IL-6R, abatacept et en cas de CI, rituximab)
ou tsDMARD (JAKi)
CHANGEMENT OU AJOUT D'UN AUTRE csDMARD : LEF, SSZ, MTX seuls ou en combinaison
±
Corticoïdes : dose cumulée faible, 6 mois max
Amélioration significative à 3 mois et atteinte de l'objectif à 6 mois ?
OUI : poursuivre le traitement puis si rémission persistante sans corticoïde, envisager la décroissance du b/tsDMARD
NON
Gestion rémission (reco 12-13)
THÉRAPIE CIBLÉE :
bDMARDs (anti-TNF, anti-IL-6R, abatacept et rituximab) ou tsDMARD (JAKi)

Arbre décisionnel stratégie thérapeutique (d'après la fiche LiSA)